

ТЕМА № 6. ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СЕМЕЙ

1. Технологии социальной работы с многодетными семьями в отечественной социальной практике. 2. Специфика социальной работы с неполной семьей. 3. Технологии социальной работы с малоресурсными семьями. 4. Технологии социальной и социально-педагогической работы с семьей ребенка с ОВЗ

1. Технологии социальной работы с многодетными семьями в отечественной социальной практике

Социальная работа с многодетной семьей сегодня представляет собой многофункциональную деятельность по социальной защите и поддержке, социальному обслуживанию семьи на государственном уровне. Эта деятельность осуществляется специалистами по социальной работе с семьей различного профиля. Она реализуется в условиях конкретного социума (федерального или территориального) и определяется его спецификой. В настоящее время в России сложились четыре основных формы социальной защиты семей, имеющих детей:

1. денежные выплаты семье на детей в связи с рождением, содержанием и воспитанием детей (пособия и пенсии);
2. трудовые, налоговые, жилищные, кредитные, медицинские и другие льготы семьям с детьми, родителям и детям;
3. юридическое, медицинское, психолого-педагогическое и экономическое консультирование, родительский всеобуч, научно практические конференции и конгрессы;
4. федеральные, региональные целевые и социальные программы.

На сегодняшний день Указ Президента РФ ОТ 05.05.92 N 431 «О мерах по социальной поддержке многодетных семей»³⁵ (ред. от 06.10.2019) является основополагающим законодательным актом, который регламентирует и устанавливает весь спектр льгот для семей данной категории:

1. 30 % компенсация на жилье и коммунальные услуги, до которых включены вода, электроэнергия, канализация, газ и отопление. Для многодетных семей, которые проживают в частных секторах, где центральное отопление отсутствует, предусмотрена 30 % скидка на приобретение топливного средства.

2. Обеспечение безвозмездным проездом в любом городском транспортном средстве, в исключении только маршрутное такси.

3. В текущем году сохранились льготы на бесплатные лекарственные препараты, которые предоставляются по рецептуре врача, многодетным семьям у кого есть дети, не достигшие 6-летнего возраста.

4. Социальная защита семьи помогает таким деткам, устроится в дошкольные заведения по первой очередности.

5. Детям, которые проходят обучение в общеобразовательном, либо профессиональном учреждении, по праву полагается безвозмездное питание.

6. Дети из многодетных семей в 2016 году получают бесплатную школьную форму, или аналог, установленный нормами данного учебного заведения, а также комплект спортивной одежды для занятия физкультурой.

7. Ежемесячно предоставляется один день на посещение культурно-развлекательных мероприятий, музеев, кинотеатров.

8. В 2016 году были продлены льготы для многодетных родителей, которые занимаются организацией фермерского благоустройства либо малым предпринимательством. Для этой цели им выделяются земельные участки, скидки по земельным налогам, а также освобождение от налога за арендную плату.

9. Установлены льготы первой очередности на жилье с садовым участком.

10. Физические лица, занимающиеся предпринимательством, освобождаются частично или же в полном объеме от выплаты регистрационного сбора.

11. Органами социальной защиты осуществляется помощь в виде льготного кредитования, предоставления дотации либо беспроцентной ссуды для возможности приобрести строительные материалы, либо жилье.

12. Финансовая и материальная помощь предоставляется семьям, нуждающимся в улучшении жилищных условий.

В субъектах РФ, помимо федеральных, действуют региональные нормативно-правовые акты, регламентирующие организацию социальной помощи и поддержки многодетных семей.

Дополнительные меры социальной поддержки семей с тремя и более детьми включают: первоочередное обслуживание в больницах; безвозмездный отпуск витаминов для детей; бесплатные обеды и завтраки для школьников; отдых в лагерях и санаториях без оплаты.

Неоценимую роль в оказании помощи многодетным семьям играют Центры социальной помощи семье и детям, отделения по работе с семьей и детьми, в центрах социального обслуживания и других учреждений социального обслуживания семей и детей, вниманием которых охвачено различные группы семей, в т. ч. многодетные. Их основными задачами являются: 1) выявление причин и факторов социального неблагополучия конкретных семей, в т. ч. многодетных, и их потребности в социальной помощи; 2) определение и предоставление конкретных видов и форм социально-экономических, психолого-социальных, социально-педагогических и иных социальных услуг семьям, в т.ч. многодетным, нуждающимся в социальной помощи; 3) социальная поддержка семей, в т.ч. многодетных, в решении проблем их само обеспечения, реализации собственных возможностей по преодолению сложных жизненных ситуаций; 4) социальный патронаж семей, в т.ч. многодетных, нуждающихся в социальной помощи, реабилитации и поддержке; 5) анализ уровня социального обслуживания семей, в т.ч. многодетных, прогнозирование их потребности в социальной помощи и подготовки предложений по развитию сферы социальных услуг; 6) привлечение различных государственных и неправительственных организаций к решению вопросов социального обслуживания семей, в т. ч. Многодетных.

Социальное обслуживание многодетной семьи представляет собой деятельность социальных служб по оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Исходя из этого, специалист социальной работы выполняет следующие функции:

- диагностическую (изучение особенностей многодетной семьи, выявление ее потенциалов);
- охранно-защитную (правовая поддержка многодетной семьи, обеспечение ее социальных гарантий, создание условий для реализации ее прав и свобод);
- организационно-коммуникативную (организация общения, инициирование совместной деятельности, совместного досуга, творчества);
- социально-психолого-педагогическую (психолого-педагогическое просвещение членов многодетной семьи, оказание неотложной психологической помощи, профилактическая поддержка и патронаж);
- прогностическую (моделирование ситуаций и разработка определенных программ адресной помощи);
- координационную (установление и поддержание объединение усилий департаментов помощи многодетной семье и детству, социальной помощи населению, отделов семейного неблагополучия органов внутренних дел, социальных педагогов образовательных учреждений, реабилитационных центров и служб).

Серьезные демографические проблемы России, и, прежде всего, проблемы воспроизводства населения обуславливают необходимость особого внимания со стороны общества и государства к положению многодетных семей. К сожалению, в органах социальной защиты населения сегодня отсутствует комплексный подход к решению проблем многодетных семей – основное внимание уделяется материальному положению семей и то в рамках существующего законодательства (федерального и регионального), определяющего, например, размеры детских пособий. Однако, размеры пособий невелики, впрочем, как и льготы, не решают проблемы многодетных семей, а потому и в дальнейшем тенденция к одно- двухдетной модели семьи будет продолжаться, что, естественно, не улучшит демографическую ситуацию в стране.

С другой стороны, сохранившиеся, несмотря ни на что, установки части семей на многодетность обеспечивают относительную плавность в графике снижения рождаемости.

Усилия по стабилизации уровня рождаемости постепенное формирование общественного стереотипа семьи с более чем одним ребенком необходимы для поддержания рациональной возрастной структуры общества, обеспечения вступления в жизнь достаточно многочисленных, трудоспособных и здоровых поколений, имеющих возможность не только адаптироваться к происходящим изменениям, но и осуществить социально-экономические преобразования, соответствующие потребностям нашей страны. Реальная помощь многодетным, возможно, способна повлиять на репродуктивную установку молодых семей в сторону увеличения числа желаемых детей.

Таким образом, в настоящее время многодетные семьи представляют собой наиболее слабозащищенную категорию и нуждаются в помощи и поддержке со стороны общества и государства, поэтому целью государственной социальной политики является реализация комплекса мер, повышающих доступность программ государственной социальной поддержки. Социальная работа с многодетной семьей включает в себя реализацию таких технологий социальной работы как социальная диагностика, социально-педагогический патронаж, социальное консультирование, социальная адаптация, социальное обслуживание, социальная поддержка.

2. Специфика социальной работы с неполной семьей

Дефиниция «неполная семья» употребляется только в отечественной практике, в то время как в зарубежных исследованиях применяются другие словосочетания для обозначения типа семей, в которых по той или иной причине отсутствует один из родителей. В англоязычной и немецкой литературе чаще используется термин “one-parent family” и “einelternfamilie” соответственно, т.е. «семья с одним родителем» или монородительская семья; на финском языке дословный перевод «Yksinhuoltaja» означает «заботящийся в одиночку». К такому типу семьи зарубежные исследователи относят: 1) семьи разведенных родителей; 2) семьи, в которых один из родителей умер (погиб); 3) семьи, имеющие внебрачных детей. Таким образом, при переводе на другие языки данное понятие обретает несколько иной смысл, чем в него вкладывают отечественные ученые.

Первым в отечественную литературу понятие «неполная семья» было введено классиком педагогики А. С. Макаренко, который под ним подразумевал семью, в которой нет отца или матери⁴². Вместе с тем, среди современных российских исследователей нет единства в определении качественных характеристик неполной семьи. Так, по мнению В. Н. Архангельского: «неполная семья – это семья с детьми, в которой нет одного или обоих родителей». Отечественный социолог Т. А. Гурко под неполной семьей понимает семью, в которой несовершеннолетние дети проживают только с матерью или отцом.

Проживание ребенка в неполной семье является предметом спора среди исследователей. Одни указывают на негативные последствия: ухудшение школьной успеваемости; более раннее окончание обучения и трудоустройство; нарушение гендерной идентичности; вступление в брак и высокий риск развода. Анализ отечественной научной литературы по проблемам неполной семьи позволяет констатировать недостаток фундаментальных исследований в данной области.

Примером могут служить социологические исследования Т. А. Гурко, где не было выявлено существенных различий между детьми, воспитывающимися в полных и неполных семьях. Напротив, в исследовании О. В. Кучмаевой «Семья и общество в России: эволюция оценок и ценностей в общественном мнении населения» установлено, что в неполных материнских семьях матери чаще испытывают трудности в воспитании детей, в меньшей степени могут контролировать их поведение, вследствие чего дети подвержены безнадзорности и риску девиантного поведения. На основе данных трех раундов Европейского социального исследования А. Б. Синельников выявил, что мужчины, проживавшие в детстве в неполных семьях, реже состояли в официальном браке во взрослой жизни, в то время, как личную и семейную жизнь женщин, данный факт детерминировал в меньшей степени.

Целью исследования «Человек, семья, общество», проведенного Институтом социального анализа и прогнозирования в 2013 году на общероссийской выборке в 9557 человек (возраст респондентов 18-44 года), являлось изучение влияния опыта проживания в неполной семье на процесс получения детьми образования. В результате было установлено, что, во-первых, по сравнению с детьми из полных семей, дети из неполных семей реже заканчивали высшие учебные заведения и чаще имели среднее основное образование.

В целом большинство авторов, изучающих неполные семьи, соглашается с утверждением о том, что воспитание ребенка в семьях данного типа сопряжено с целым рядом трудностей: материальных, бытовых, связанных с повышенной степенью социальной ответственности, что приводит к нарушению детско-родительских

взаимоотношений, девиантному поведению детей, ухудшению микроклимата в семье, а необходимость совмещения родителем одновременно нескольких социальных ролей провоцирует внутрисемейные и межличностные конфликты, раздражение, переживание неполноценности в связи с неудачным опытом реализации роли супруги (а) и родителя.

Типичными ошибками неполных семей выступают: гиперопека или гипоопека; дистантность и амбивалентное отношение к ребенку; препятствование контактам с другим родителем; стремление обеспечить ребенку достойный уровень жизни, чтобы «был не хуже других», часто в ущерб воспитанию и общению; девиантное поведение родителя.

В психолого-педагогической литературе исследователи указывают на деформацию полоролевой функции, психосексуального развития, гендерной идентичности, особенно у мальчиков; проявление различного рода невротических нарушений; эмоциональных и психологических проблем; повышенные риски жестокого обращения как в семье, так за ее пределами; проблемы со здоровьем и пр.

Для решения проблем родителей и детей из неполных семей необходим комплекс мер, направленный на решение повседневных семейных проблем и задач, укрепление и развитие позитивного настроя в семейных отношениях, восстановление внутренних ресурсов, стабилизацию достигнутых положительных результатов.

Социальная работа с семьей включает в себя несколько этапов. На первом этапе специалисту социальной работы необходимо установить контакт с членами семьи, не прибегая к оценочным суждениям, критике, нравоучениям, во избежание возникновения межличностных конфликтов, противодействия, индивидуальной и групповой психологической защиты.

На втором этапе специалисту необходимо осуществить сбор предварительных данных, провести социальную диагностику семьи, изучить ее семейную историю, выявить проблемные зоны, проанализировать полученную информацию, поставить социальный диагноз и разработать прогноз. Полная социальная диагностика семьи должна включать сильные и слабые стороны семьи, наблюдение за взаимодействием членов семьи между собой и с внешним миром. При сборе информации о семье во внешней среде (в школе, среди соседей и пр.) специалист обязан проявлять особые профессиональные качества: такт, способность к наблюдению, коммуникабельность, умение анализировать ситуацию и делать выводы.

На третьем этапе происходит формулирование целей и задач, непосредственно в совместной деятельности с получателем социальных услуг, составление графика встреч, подписание договора формального, определяющего ответственность и обязанности сторон, и иные моменты, влияющие на успешную реализацию социального обслуживания. В работе с семьей, специалист по социальной работе выступает в трех ролях: советник, защитник, консультант.

К основным методам социальной работы с неполными семьями относят: педагогическое просвещение родителей; социально-педагогическое консультирование (совместно с социальным педагогом); посредничество (приобщение родителей к активному участию в жизни Центра социальной помощи семье и детям и образовательного учреждения, в котором обучается их ребенок); социальная защита, социальная помощь (выплата пособий; организация питания, отдыха детей); социальный патронаж (посещение семьи на дому), в случае, если родители уклоняются от воспитания своих детей или оказывают на них отрицательное влияние.

Технология социального патронажа, осуществляемого специалистом по социальной работе, включает: предварительную подготовку к встрече с семьей, постановку целей; оповещение родителя о времени визита (продолжительность визита, как правило, составляет 20-40 минут); представление себя (предъявление удостоверения) и сообщение о цели прихода; подведение итогов. В ходе социального патронажа семьи принимаются решения, выбираются стратегии работы:

«Согласие», его девиз – «клиент всегда прав», при этом специалист социальной работы принимает условия семьи, однако, этот подход имеет слабую сторону, когда речь заходит о семьях, находящихся в состоянии кризиса, трудной жизненной ситуации, социально опасном положении. Использование данной стратегии полезно на начальных этапах работы, при наличии стрессового состояния членов семьи в целях имитации согласия с противоречивыми обстоятельствами.

«Соглашение» – специалист и семья подводят итог желаемого результата, обговаривают все нюансы совместной работы. Данный подход принято называть договорным или контрактным.

«Указание» предполагает, что специалист социальной работы принимает решение самостоятельно и пытается убедить семью в необходимости следования его плану.

Таким образом, основными технологиями помощи семьям и детям из неполных семей являются социальная диагностика, реабилитация, консультирование, социальный патронаж и организация культурно-досуговой деятельности. Кроме того, социальная работа с неполными семьями заключается в оказании им содействия в получении всех возможных видов материальной, вещевой, продуктовой помощи; оформление детей в дошкольные учреждения; получение бесплатного питания в школе; обеспечение отдыха детей школьного возраста в лагерях и санаториях.

3. Технологии социальной работы с малоресурсными семьями

По мнению Л. С. Ржаницыной, малообеспеченные – «это члены общества, живущие по его законам, но не имеющие признаваемого им минимально необходимого стандарта потребления». Основными технологиями социальной работы с бедными и малоимущими семьями являются: социальная поддержка и социальная помощь. Социальная поддержка – это деятельность, направленная на активизацию собственных сил и возможностей человека или группы по изменению своего материального и имущественного положения. Это направление работы предполагает, что основные усилия для решения экономических проблем конкретного социального субъекта принимаются им самостоятельно, а социальные работники или другие специалисты оказывают ему в этом необходимую помощь: консультируют, предлагают определённые ресурсы и возможности.

Социальная помощь – это деятельность, направленная на то, чтобы полностью или частично решить материальные проблемы субъекта через деятельность соответствующих учреждений и организаций. Как правило, объектами социальной помощи становятся семьи, не имеющие возможности самостоятельно решить свои материальные проблемы.

В соответствии со ст.7 Конституции РФ главной целью экономической политики социального государства является повышение благосостояния населения. Поэтому производство должно создавать источники для инвестиций в социальную сферу, которая, в свою очередь, будет стимулировать расширение хозяйственной деятельности. А показателем баланса между экономической и социальной деятельностью государства

станет повышение всех видов социальных выплат до уровня, обеспечивающего всем членам общества достойную жизнь.

В соответствии со статьей 7 Закона №178-ФЗ получателями государственной социальной помощи могут быть малоимущие семьи и малоимущие одиноко проживающие граждане, которые по не зависящим от них причинам имеют среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума, установленного в соответствующем субъекте Российской Федерации. Размер единовременной государственной социальной помощи малоимущим семьям и малоимущим одиноко проживающим гражданам не может быть менее 100 рублей и более 1000 рублей. Общий размер оказанной малоимущей семье или малоимущему одиноко проживающему гражданину государственной социальной помощи в календарном году не может превышать 2000 рублей.

Правовая база для формирования государственной системы социальной помощи заложена Федеральным Законом от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи»⁷⁵ (ред. 01.04.2019). Во-первых, она распространяется на особые субъекты – малоимущие семьи и малоимущих одиноко проживающих граждан; во-вторых, источниками финансирования служат бюджеты различных уровней; в-третьих, предоставляются особые виды выплат и услуг; в-четвертых, социальная помощь назначается решением органа социальной защиты населения по месту жительства или регистрации малоимущего лица, как правило, после проверки нуждаемости.

Государственная система социальной помощи – это совокупность способов материальной защиты населения от социального риска бедности путем предоставления социальных выплат или услуг за счет средств бюджетов различных уровней. Оказание государственной социальной помощи осуществляется в следующих видах:

- денежная помощь (единовременные пособия; пособия для оплаты транспортных услуг; оказание помощи при экстремальных ситуациях, повлекших крупные единовременные расходы (пожар, наводнение и др.);
- помощь в оплате жилья и коммунальных услуг;
- дотация на оплату питания и лечения;
- льготные ссуды и кредиты;
- натуральное обеспечение (предоставление предметов первой необходимости);
- осуществление ремонта квартир, автотранспорта;
- выделение лекарственных препаратов;
- обеспечение бесплатного питания;
- предоставление топлива;
- гуманитарной помощи;
- услуги и льготы (направление в реабилитационные центры, центры социально-психологической помощи, дома-интернаты; устройство в пансионаты для престарелых; организация надомного социально-бытового обслуживания на платной и бесплатной основе; прикрепление к магазинам по продаже продуктов питания и предметов первой необходимости по социально низким ценам; предоставление льгот по оплате коммунально-бытовых услуг; организация бесплатного ночного проживания бездомных граждан; обеспечение кратковременного ухода за больными и одинокими людьми; организация помощи семьям с инвалидами; создание специальных аптек или отделов в аптеках для малоимущих граждан).

Федеральным законом от 19.05.1995 года № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»⁷⁶ (ред. 26.07.2019) предусмотрены следующие виды государственных пособий:

- единовременное пособие при рождении ребенка. Пособие выплачивается по месту работы одного из родителей. В случае, когда оба родителя не работают, пособие назначается и выплачивается через управление социальной защиты населения.

- ежемесячное пособие по уходу за ребенком в возрасте до 1,5 лет. Пособие выплачивается гражданам, фактически осуществляющим уход за ребенком. В случае если мать ребенка не состоит в трудовых отношениях (а также не получает пособие по безработице), пособие назначается в управлении социальной защиты населения.

- единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву. Пособие предоставляется если, срок беременности составляет не менее 180 дней. Пособие не предоставляется женам курсантов военного образовательного учреждения профессионального обучения.

- ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву. Ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, назначается и выплачивается по месту жительства ребенка через управление социальной защиты населения. Пособие не предоставляется на ребенка курсанта военного образовательного учреждения профессионального обучения.

Пособие малоимущим семьям назначается в различных размерах, в зависимости от субъекта РФ и с учетом ранее выплаченных пособий. Например, в Москве малообеспеченные семьи могут претендовать на получение ежемесячного пособия на ребенка в возрасте от 1,5 до 3 лет, причем выплачиваемая сумма определяется возрастом ребенка и составом семьи. Социальные программы поддержки малообеспеченных категорий населения предусматривают также социальную услугу по обеспечению путевками детей

в санатории и профилактории при наличии медицинских показаний. Данная услуга предоставляется не более одного раза в течение года.

Кроме того, в субъектах РФ широко практикуются целевые единовременные выплаты: к началу учебного года на школьников из малообеспеченных семей; на дополнительное питание беременным женщинам и кормящим матерям; студентам из малообеспеченных семей, обучающимся

в учреждениях среднего и высшего профессионального образования, назначается государственная социальная стипендия; ежемесячные выплаты на первого ребенка в семьях, чей среднедушевой доход не превышает 1,5 прожиточных минимума трудоспособного населения, установленного в субъекте РФ; ежемесячные выплаты на третьего и последующих детей до 3 лет, родившихся после 2012 года при условии, что среднедушевой доход семьи ниже величины прожиточного минимума.

В Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию в 2019 году содержится предложение о введении в практику социальных контрактов для борьбы с бедностью. Согласно такому контракту, государство оказывает гражданину помощь в трудоустройстве, повышении квалификации, предоставляет семье средства на организацию подсобного хозяйства, собственного дела. Гражданин обязан пройти переобучение, найти работу, обеспечить семью устойчивым доходом. За пять лет такими контрактами могли бы воспользоваться более 9 млн человек.

Если малообеспеченная семья официально признана нуждающейся в жилом помещении, она может встать в очередь на квартиру для малоимущих; получить бесплатное жилье от государства по договору социального найма; приобрести жилье на условиях социальной ипотеки, которая подразумевает льготную стоимость жилой недвижимости, а также предоставление дополнительных социальных гарантий. Кроме того, малоимущие семьи могут воспользоваться государственной помощью по оплате квартиры и услуг ЖКХ, субсидии на оплату ЖКХ предоставляются как собственникам, так и нанимателям жилья, сроком на шесть месяцев.

Помощь малоимущим семьям оказывается также в виде предоставления налоговых льгот в отношении сумм, получаемых ими от государства. В частности, от обложения НДФЛ освобождаются единовременные выплаты (включая материальную помощь), выплачиваемые малообеспеченным гражданам как адресная социальная помощь.

Дети из малообеспеченных семей могут воспользоваться правом поступления вне конкурса в государственные и муниципальные высшие учебные заведения при соблюдении следующих условий: 1) в семье только один родитель, и он имеет инвалидность не ниже I группы; 2) абитуриент не достиг 20 лет; 3) успешно прошел вступительные испытания, набрав установленный проходной минимум баллов (в рамках ЕГЭ или вступительных экзаменов).

Социальная помощь предоставляется в следующих формах:

- институциональной, связанной с деятельностью различных социальных и государственных институтов;
- неинституциональной, предполагающей опору на общественную и личную инициативу граждан в деле оказания социальной поддержки и помощи (взаимопомощь, пожертвования, благотворительность);
- экстренной помощи, предполагающей разовое оказание конкретного вида помощи определённому человеку или группе людей (разовая выплата необходимой денежной суммы и консультация психолога);
- систематической помощи, т. е. оказание конкретного вида социальной помощи на постоянной основе до тех пор, пока это необходимо или возможно (выплата пособия по безработице, пенсии по потере кормильца).

Главными методами регулирования уровня жизни населения являются:

Индексация – механизм автоматической корректировки доходов призвана граждан, позволяющий частично или полностью возместить возросшую стоимость жизни. Индексация осуществляется двумя способами: путем увеличения доходов на определенный процент через определенное время (раз в год, раз в квартал) или путем корректировки доходов по мере роста уровня цен на заранее оговоренный процент. Как правило, индексируются все виды денежных доходов граждан, кроме доходов от собственности.

Компенсация – возмещение расходов тех или иных слоев и групп населения органами власти вследствие наступающего или ожидаемого повышения цен, межнациональных конфликтов, катастроф (землетрясения, наводнения и т. д.). В отличие от индексации, компенсация не предусматривает постоянной, систематической поддержки людей и оказывается исходя из наличия финансовых средств.

Развитие отечественной благотворительности в социальной поддержке малоимущих приобретает важнейшее значение. Различные благотворительные организации, фонды, промышленные предприятия коммерческие и некоммерческие структуры выделяют

средства на организацию бесплатного питания малоимущих, для обеспечения их одеждой, обувью, средствами передвижения, предметами первой необходимости, организацию медицинских услуг, содержание домов для ветеранов труда, оказание надомной помощи пенсионерам, больным, инвалидам и т. д.

В последнее время в субъектах РФ продолжает расширяться спектр технологий социальной работы с семьей, среди них следует назвать: кейс-менеджмент, технологии социально-образовательного лифта, работы с сетью социальных контактов, сетевого метода; социальный контракт и другие.

Кейс-менеджмент представляет собой социальное сопровождение получателя социальных услуг от начала и разрешения его проблемы через предоставление социальных услуг. К ключевым стадиям кейс-менеджмента относят: установление контакта; диагностику ситуации, определение возможностей и потребностей семьи; планирование, определение целей и направлений дальнейших действий; интервенция – определение подходящих видов услуг и их ресурсности; мониторинг, оценка разработанного плана, его коррекции в случае необходимости; завершение – закрытие случая после выполнения плана и достижения желаемых результатов.

Технологии социально-образовательного лифта и интенсивной семейной терапии являются одними из инновационных технологий социальной работы, позволяющие семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации и/или социально опасном положении, при содействии специалистов самостоятельно решить свои проблемы; метод работы с сетью социальных контактов, который успешно применяется во взаимодействии с неблагополучными семьями; сетевой метод заключается в восстановлении нарушенных связей семьи с социальными институтами (болезнь, лишение родительских прав, реадaptация после выхода из мест лишения свободы, др.).

Технология социального контракта представляет собой соглашение, которое заключается между гражданином и органом социальной защиты населения по месту жительства или месту пребывания гражданина, в соответствии с которым орган социальной защиты населения обязуется оказать ему/ей государственную социальную помощь, а гражданин – реализовать мероприятия, предусмотренные программой социальной адаптации.

Получателями государственной социальной помощи на основании социального контракта могут быть малоимущие семьи, одиноко проживающие малоимущие граждане и иные категории граждан, предусмотренные федеральным законом от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», которые по независящим от них причинам имеют среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума. Данная технология имеет целью укрепление уровня социальной защищенности малоимущих семей, повышение уровня и качества их жизни путем активизации собственных адаптационных возможностей; преодоления социального иждивенчества через использование «стартового капитала» или профессионального потенциала, позволяющих изменить свое материальное положение.

Существуют следующие виды государственной социальной помощи, предоставляемые на основании социального контракта:

- ежемесячное социальное пособие, размер которого определяется в пределах разницы между средней величиной прожиточного минимума, устанавливаемой в субъекте

РФ для соответствующих социально-демографических групп населения, и среднедушевым доходом заявителя;

– пособие на погашение части долга по оплате ЖКХ, сумма которого не превышает размера долга, и осуществляется путем перечисления денежных средств на счет заявителя в кредитной организации с последующим перечислением организации, с которой у заявителя заключено соглашение, в размере уплаченных заявителем денежных средств на погашение долга, но не более 30 тыс. рублей на период действия социального контракта, либо уплаченных заявителем денежных средств на погашение долга с увеличением на 5 % на каждого совместно проживающего с ним члена семьи в возрасте до 18 лет, но не более 50 тыс. рублей на период действия социального контракта;

– единовременная социальная выплата, размер которой равен 10 тыс. рублей при условии выполнения заявителем мероприятий программы социальной адаптации по получению государственных услуг в сфере занятости населения для предоставления единовременной финансовой помощи при государственной регистрации юридического лица, индивидуального предпринимателя либо крестьянского (фермерского) хозяйства;

– единовременное социальное пособие на развитие личного подсобного хозяйства. Размер выплаты определяется исходя из фактической потребности денежных средств в объеме, требуемом для реализации программы социальной адаптации, но не более 50 тыс. рублей, при соблюдении следующих условий: 1) наличие трех и более детей (в том числе усыновленных, приемных, опекаемых) в возрасте до 18 лет (обучающихся в образовательных организациях по очной форме обучения – до окончания ими обучения, но не старше 23 лет); 2) наличие земельного участка с разрешенным использованием для ведения личного подсобного хозяйства на праве собственности либо на ином вещном праве; 3) отсутствие по состоянию на дату обращения задолженности по оплате земельного налога физических лиц. Для каждого вида выплат заявителю предлагается программа социальной адаптации, включающая мероприятия по выходу из трудной жизненной ситуации.

Социальный контракт может быть заключен на срок от трех месяцев до одного года, в зависимости от мероприятий программы социальной адаптации.

В рамках технологии социального посредничества выстраиваются отношения с учреждениями социальной защиты (управление социальной защиты населения, реабилитационные центры), дополнительного образования, здравоохранения.

4. Технологии социальной и социально-педагогической работы с семьей ребенка с ОВЗ

Анализ генезиса проблемы инвалидности свидетельствует о том, что, пройдя путь от идей физического уничтожения, изоляции «неполноценных» членов общества до концепций привлечения их к труду, человечество пришло к пониманию необходимости реабилитации и интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в социум. Дети с ограниченными возможностями продолжают оставаться одной из самых незащищенных категорий населения. Государство предпринимает все новые меры для полноценной реализации не только прав, свобод и интересов таких детей, но и их включенности в общественные процессы. Актуальными задачами государства в отношении детей с ограниченными возможностями являются обеспечение им равных со всеми другими детьми Российской Федерации возможностей в реализации прав и свобод, устранение ограничений

в их жизнедеятельности, создание благоприятных условий, позволяющих вести полноценный образ жизни, активно участвовать во всех сферах жизнедеятельности, иметь равные права и обязанности. К решению проблем социальной адаптации детей с ограниченными возможностями привлекаются различные специалисты –медицинские работники, реабилитологи, педагоги, психологи, социальные педагоги, специалисты в области социальной работы, ученые.

На сегодняшний день проблемы социальной защиты семей, имеющих детей-инвалидов, отражены в трудах Белинской А. Б., Гусяковой Л. Г., Григорьева С. И., Ельченинова В. А., Колкова В. В., Павленка П. Д., Фирсова М. В., Холостовой Е. И., Шапиро В. Н., Ярославской В. Н. и др.

К проблемам социальной работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья обращаются в своих трудах Бочарова В. Г., Вульфова Б. З., Галагузова М. А., Гуров В. Н., Загвязинский В. И., Зимняя И. А., Никитин В. А., Мудрик А. В., Маврина И. А., Малыхин В. П., Павлова Т. Л., Плоткин М. М., Сластенин В. А., Смирнова Е. Р., Штинова Г. Н., Ярославская В. Н. Основная цель работы с семьей – создание благоприятных условий для личностного развития всех членов семьи (физического, социального, духовно-нравственного, интеллектуального), оказание комплексной социально-психологической помощи, а также защита ребенка и его окружения от негативного воздействия различных факторов, влияющих на личностное развитие.

В таких семьях больной ребёнок становится причиной семейных конфликтов, которые приводят нередко к дестабилизации семейных отношений, распаду семьи. Дефект ребенка некоторые родители воспринимают как собственную неполноценность, ущербность, подавляющуюся в виде переживания острого чувства вины перед ребенком и окружающими. Ситуация в семье с появлением ребёнка с ограниченными возможностями усугубляется ещё и по причине трудностей материального порядка: возникает необходимость обеспечения платного ухода, медицинских консультаций, приобретения лекарств, дополнительного питания, реабилитационных средств.

Ограниченность ребёнка в развитии имеют два уровня компенсации, которые реализуются в соответствии с решением тех или иных задач семьи с ребёнком с ограниченными возможностями: высокий связан с активным преодолением дефекта, низкий заключается в приспособлении к дефекту.

Воспитание ребёнка в соответствии с первой стратегией обеспечивает удовлетворение потребностей ребёнка в признании, в самостоятельности, не ограничивает его в общении и взаимодействии с другими детьми и взрослыми.

При выборе второй стратегии, ребёнку прививается специфический статус, который становится организующим фактором всей дальнейшей жизни семьи. Роль больного, инвалида удовлетворяет потребность ребёнка в признании, любви, заботе, но существенно ограничивает его самостоятельность, способность к социальной адаптации.

Наиболее часто в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, имеет место гиперопека как основной стиль воспитания, которая проявляется в чрезмерной заботе о больном ребёнке, что приводит к формированию у него эгоцентрических установок, отрицательно сказывается на проявлении инициативы, чувства ответственности и долга.

Неотъемлемыми компонентами, направленными на работу с детьми с ОВЗ служат совместные усилия педагогического коллектива, родителей, социальных служб, учреждений дополнительного образования.

Процесс организованного сотрудничества с семьёй включает в себя:

- изучение и описание обращений за помощью;
- обследование условий проживания семьи;
- выявление проблем семьи, её особенностей, отличий от других;
- выяснение целей и ожиданий семьи;
- оценку супружеских и детско-родительских отношений;
- выявление социальных ресурсов семьи;
- изучение особенностей личности членов семьи.

К важнейшим технологиям социальной работы с семьей, имеющей ребенка с ОВЗ, относятся социальная диагностика, социальная реабилитация, социальная адаптация. Не менее актуальны технологии социальной защиты, социальной помощи и социальной поддержки. Их реализация позволяет осуществлять адресную социальную помощь, прежде всего, остро нуждающимся и слабо социально защищенным группам населения, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Целью социальной диагностики является установление специалистом по социальной работе объективного социального диагноза проблемы ребенка-инвалида и оформление заключения. Анализ проблемы ребенка-инвалида осуществляется с помощью трех способов. Во-первых, специалист по социальной работе на основе результатов социально-диагностических методов конкретизирует причины и ход развития проблемы получателя социальных услуг. Во-вторых, характеризует готовность ребенка-инвалида к решению проблемы (наличие социальных умений и навыков, знаний и социального опыта), описывает взаимодействие его с членами семьи, друзьями в настоящее время. В-третьих, систематизирует всю информацию о семье (структура, социальное и экономическое положение, межличностные отношения членов семьи), учебном коллективе, куда входит ребенок-инвалид. При описании семьи особое внимание уделяется психологическому микроклимату и экономическим условиям, которые влияют на деятельность ребенка-инвалида и его готовность к решению проблемы.

Выявление социальных умений и навыков ребенка-инвалида, определение их уровня сформированности осуществляется с помощью методов социальной диагностики: наблюдения, анкетирования, интервьюирования, обследования жилищно-бытовых условий, анализа документов.

Таким образом, технология социальной диагностики способствует выявлению причин возникновения проблемы ребенка-инвалида, его ресурсов и потенциальных возможностей.

Социальная реабилитация детей-инвалидов подразумевает восстановление основных функций личности с учетом характера заболевания. Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Абилизация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Реабилитация и абилизация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их

социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета. Реабилитация инвалидов, имеющих отклонения в умственном развитии, требует систематических, многолетних занятий с целью обучения навыкам самообслуживания и гигиены, в школьном возрасте – дополнительных занятий по овладению школьной программой, а затем профессиональными навыками.

Проведение реабилитации осуществляется с помощью базовых и индивидуальных программ реабилитации (ИПР). Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов, в том числе детей с ОВЗ, представляет собой гарантированный перечень медицинских, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Федеральные учреждения медико-социальной экспертизы могут при необходимости привлекать к разработке индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов организации, осуществляющие деятельность по реабилитации, абилитации инвалидов. Общие принципы формирования и реализации ИПР: индивидуальность, непрерывность, последовательность, преемственность, комплексность.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Для инвалида ИПР имеет рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом и вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами. В случае отказа от ее выполнения человек теряет право на получение компенсации стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Формирование ИПР предусматривает проведение специалистами бюро МСЭ, экспертно-реабилитационной диагностики, оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза и определения на их основе перечня реабилитационных мероприятий. Содержание ИПР разрабатывается путем анализа комплекса медико-биологических и социальных факторов, определения на их основе потребности инвалидов

в медико-социальной реабилитации и формирования ИПР с учетом мер, услуг и технических средств, предоставляемых системой реабилитации инвалидов в России и в конкретном регионе.

Комплексная оценка клинико-функциональных, психологических и социальных данных позволяет оценить вид и степень ограничений жизнедеятельности инвалида и служит основанием для определения содержания программ его медицинской и социальной реабилитации.

Выполнение программы медицинской реабилитации контролируется как Бюро МСЭ, так и органами здравоохранения. Программа медицинской реабилитации содержит раздел «Сведения о выполнении программы медицинской реабилитации», который заполняется ЛПУ. В разделе должны быть указаны сведения о видах, объемах, сроках выполнения мероприятий по медицинской реабилитации, а также данные о невыполненных мероприятиях и их причинах, и результатах выполнения программы медицинской реабилитации. Финансирование ИПР осуществляется за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, государственных внебюджетных фондов и других источников, незапрещенных законодательством Российской Федерации.

Программа социальной реабилитации также формируется специалистами Бюро МСЭ. Основой для ее составления являются результаты обследования социально-бытовых условий жизни ребенка с ОВЗ, а также данные о содержании Гарантированного перечня реабилитационных мероприятий, услуг и технических средств реабилитации, предоставляемых лицам с ограниченными возможностями региона бесплатно. Сведения о выполнении программы социальной реабилитации заполняются реабилитационным учреждением, центром технических средств и другими органами (учреждениями), обеспечивающими детей с ограниченными возможностями техническими средствами и услугами по социальной реабилитации. В них должны быть представлены данные как о выполненных, так и невыполненных мероприятиях по социальной реабилитации, причины невыполнения и результаты реализации программы социальной реабилитации.

В последние годы образовательные возможности для детей-инвалидов расширены за счет открытия центров дневного пребывания, улучшения условий психоневрологических домов-интернатов, расширения спектра реабилитационных услуг, усиление координации деятельности социальных служб, учреждений и специалистов. Кроме того, разрабатываются не только государственные, но и региональные программы помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями, в которых предусматриваются меры по обучению и инструктажу родителей, волонтеров методам реабилитации по всем аспектам, материальному обеспечению этих мер, социально-педагогическому патронажу семьи и другие.

Технология социальной адаптации является одной из основных технологий социальной работы и подразумевает активизацию адаптивного потенциала человека в связи с неблагоприятным воздействием каких-либо внешних факторов. Применительно к социальной работе термин «социальная адаптация» в большей степени имеет психосоциальное значение и, самое главное, вбирает в себя аспекты, связанные как с безусловной самоактивизацией индивида, так и с привлечением к этому процессу комплекса мероприятий социально-экономического, социокультурного, психолого-педагогического и медико-социального характера.

В рамках технологизации социальной работы необходимо рассматривать этот процесс: во-первых, структурно и процессуально организованный; во-вторых, как процесс преимущественно активного приспособления, т. е. овладение ролями (нормативными моделями поведения), конкретными навыками социального взаимодействия в определенной среде. Социальную адаптацию детей с ОВЗ определяем, как их интеграцию в общество, в ходе которой они оказываются в различных проблемных ситуациях, возникающих в сфере межличностных отношений. В этой связи происходит усваивание механизмов и норм социального поведения, установок, которые обеспечивают социализацию ребенка. Социальная адаптация предполагает активное приспособление ребенка-инвалида к условиям социальной среды. Причины возникновения проблем социализации и интеграции ребенка могут быть самые различные, но, прежде всего, они связаны с неадекватным восприятием детьми-инвалидами тех требований, которые предъявляет окружающий социум.

Основные функции специалиста социальной работы во взаимодействии с семьей ребенка с ОВЗ:

1. Охранно-защитная функция направлена на обеспечение сохранности жизни детей, их безопасности от внешних угроз, правовую защиту законных прав и интересов ребенка, оказание ему экстренной помощи.

2. Профилактическая функция предполагает раннее выявление неблагополучных семей, оказание им своевременной помощи в разрешении внутрисемейных конфликтов, разработка рекомендаций по оздоровлению условий семейного воспитания, осуществление квалифицированной правовой, психологической поддержки.

3. Восстановительная функция направлена на оздоровление условий жизнедеятельности детей в семье, специалисты социальной работы способствуют восстановлению социального статуса ребенка, укреплению его связей с основными институтами социализации, поддерживают усилия семей, проявляющие готовность к преодолению своей функциональной несостоятельности.

4. Коррекционно-развивающая функция предназначена для разработки системы мер медико-социальной, психолого-педагогической работы с детьми и его семьей.

5. Оздоровительная функция предполагает сопровождение и рекомендации по укреплению здоровья ребенка.

6. Компенсаторная функция. Заключается в поиске путей замещения биологической семьи, если невозможно преодолеть отчуждение от нее ребенка.

Деятельность специалистов с семьей протекает по трем направлениям: образовательное, психологическое и посредническое.

Образовательное направление включает помощь родителям в обучении (направлена на формирование педагогической культуры родителей и их просвещение) и воспитании (осуществляется путем создания специальных воспитывающих ситуаций в целях укрепления воспитательного потенциала семьи). Контакт с окружающими нарушается, что сказывается на последующем приспособлении ребёнка к социуму. В 50 % случаев у родителей отмечается неуверенность в своих силах, воспитательных возможностях, и они идут на поводу желаний и потребностей своего ребёнка.

Психологическое направление включает социально-психологическую поддержку и коррекцию, направленные на формирование благоприятной психологической атмосферы в семье. Оказание поддержки совместно с психологом становится наиболее эффективным.

Наиболее благоприятным типом детско-родительских отношений считается «принятие и любовь», где родители помогают ребёнку в каждодневных делах, поощряют, наказывают, одобряют его независимость. Родителям необходимо понять, что они, с одной стороны, являются окружающей средой для жизнедеятельности ребенка, с другой, они оказываются непосредственными участниками борьбы ребенка с болезнью.

При этом родители, как и специалисты, работающие с детьми-инвалидами, должны опираться на те функции, которые у ребёнка остаются сохранными, то есть в какой-то степени совершенными и лучшим образом развитыми.

Посредническое направление включает помощь в организации, координацию и информирование. Помощь в организации заключается в организации семейного досуга (включение членов семьи в организацию и проведение праздников, ярмарок, выставок и т. д.). Помощь в координации направлена на установление и актуализацию связей семьи с различными ведомствами, социальными службами, центрами социальной помощи и поддержки. Помощь в информировании направлена на информирование семьи по вопросам социальной защиты.

Консультативная, профилактическая и просветительская работа с семьей строится на идее сотрудничества, увеличения ее воспитательных возможностей, установления гармоничных детско-родительских отношений. Задачами этой работы являются изменение психологических установок родителей на роль семьи в образовательном процессе; изменение стиля взаимоотношений с ребенком; более широкое использование педагогических возможностей семьи.

Кроме этого, социально-педагогическая работа предполагает знакомство учащихся и родителей с их правами и обязанностями, законодательными документами, а также – информирование об общественных и государственных организациях, имеющих отношение к лицам с ограниченными возможностями здоровья, как в России, так и за рубежом.

Специалисты социальной работы оказывают конкретную практическую помощь семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, при оформлении инвалидности и приобретении специальных средств для обучения детей (тифло- и сурдотехника).

Для активизации познавательной активности учащихся могут применяться следующие методы: метод познавательной игры; стимулирования; поощрения; организации учебно-познавательной деятельности; контроля.

Еще одним направлением в работе с детьми с ОВЗ является использование метода арттерапии, который позволяет развить способность осознавать свое настроение, чувства, эмоции; совершенствовать способность соотносить свои чувства, настроение, действия с ситуацией, чувствами и действиями других людей. Положительно зарекомендовали себя методы пет-терапии, в частности канистерапии.

Канистерапия это метод усиливающий эффективность развития личности, образования и реабилитации, в которой мотиватором является специально отобранная и обученная собака, которая проводится квалифицированным канистерапевтом. Впервые данный метод был использован в 1790 году в клинике для душевнобольных в английском графстве Йоркшир. Позже американский детский психиатр Борис Левинсон дал название термину «пет-терапия». В настоящее время канистерапия широко используется во многих странах мира – США, Европе, Австралии и т. д. Ее применяют при работе с различными категориями пациентов: для диагностики онкологических заболеваний; в психотерапии;

реабилитации посттравматического стресса, алкоголизма; лечения различных форм деменции, болезни Альцгеймера; психических отклонений, шизофрении, аутизма; ДЦП, нарушений речи, синдрома дефицита внимания и других.

Канистерапия способствует улучшению общего психоэмоционального состояния; интеллектуальной и познавательной сферы ребёнка; повышает уровень коммуникативных навыков; нормализует вегетативные функции; снижает уровень беспокойства, тревожности, агрессивности.

Особое значение имеет способность и готовность педагогов массовых школ оказать помощь ребёнку с ОВЗ в учебно-воспитательном процессе. Данный вид работ включает следующие направления: диагностико-консультативный этап; физкультурно-оздоровительный; воспитательно-образовательный; коррекционно-развивающий; социально-педагогический.

Конкретными формами организации психолого-педагогической работы являются урок, практикумы, семинарские и факультативные занятия, учебные экскурсии, тренинги, собеседования, индивидуальные и групповые консультации, внеурочные формы организации трудового обучения, домашняя учебная работа учащихся.

Важной стороной работы с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями, является создание общественных объединений родителей, например, родительских клубов, которые ставят перед собой следующие задачи: формирование адекватного восприятия родителями своего ребёнка; нормализация микроклимата в семье для раскрытия личностных, творческих и социальных ресурсов ребёнка; формирование партнёрских отношений родителей с образовательными учреждениями; личностное и социальное развитие родителей.

Для этого используются традиционные и нетрадиционные методы и формы работы: индивидуальное консультирование; организация выездных мероприятий (посещение театров, музеев, выставок, др.); образовательные семинары; психологические тренинги; общественные акции; круглые столы; конференции.

Существуют следующие формы работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья.

1. Создание единой системы служб ранней помощи для детей с ограниченными возможностями, включающей медицинскую, реабилитационную, коррекционно-педагогическую помощь ребёнку, социально-психологическую и консультативную помощь родителям; обеспечение преемственности ранней помощи и помощи в дошкольном возрасте, развития инклюзивного дошкольного образования, организации комплексной подготовки ребёнка с ограниченными возможностями здоровья к обучению в школе.

2. Обеспечение укомплектованности психолого-медико-педагогических комиссий современными квалифицированными кадрами в целях предотвращения гипердиагностики детей, переориентация работы комиссий на составление оптимального образовательного маршрута для детей с ограниченными возможностями здоровья.

3. Законодательное закрепление обеспечения равного доступа детей с ограниченными возможностями здоровья к качественному образованию всех уровней, гарантированной реализации их права на инклюзивное образование по месту жительства, а также соблюдения права родителей на выбор образовательного учреждения и формы обучения для ребёнка.

4. Нормативно-правовое регулирование порядка финансирования расходов, необходимых для адресной поддержки инклюзивного обучения и социального обеспечения детей с ограниченными возможностями здоровья.

5. Внедрение эффективного механизма борьбы с дискриминацией в сфере образования для детей с ограниченными возможностями здоровья в случае нарушения их права на инклюзивное образование.

6. Пересмотр критериев установления инвалидности для детей. Реформирование системы медико-социальной экспертизы (МСЭ), имея в виду комплектование ее квалифицированными кадрами, необходимыми для разработки полноценной индивидуальной программы реабилитации ребенка, создание механизма межведомственного взаимодействия бюро МСЭ и психолого-медико-педагогических комиссий.

7. Внедрение современных методик комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе ранней помощи и помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями.

8. Обеспечение равного доступа детей с ограниченными возможностями здоровья, как имеющих родителей, так и проживающих в социальных учреждениях, к юридической и медицинской помощи и социальному обеспечению.

9. Проведение регулярного мониторинга потребностей семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, в предоставлении услуг в сфере социальной защиты, здравоохранения, образования, занятости; создание и ведение базы данных, касающихся детей с ограниченными возможностями, их потребностей в указанных услугах.

10. Создание служб сопровождения инвалидов и семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Социальное сопровождение включает в себя элементы обучения и развития способностей человека к дальнейшему повышению своего социального статуса, умению самостоятельно владеть подходами и практиками, предлагаемыми специалистами социальной сферы. Оно решает следующие задачи: адаптация ребенка и членов его семьи к реальным условиям его жизнедеятельности; реабилитация и выведение из кризисных и стрессовых ситуаций; повышение социального статуса; нормализация отношений и утверждение себя в социуме; восстановление здоровья, излечение от вредных привычек; создание условий для самореализации в семье и обществе.

Программы сопровождения разрабатываются на каждого получателя социальных услуг или каждого члена семьи, изъявивших желание написать заявление о постановке на сопровождение, и включают комплекс мероприятий, описание форм и видов, объёмов, сроков оказания услуг, а также действий по оказанию помощи получателям социальных услуг на основе межведомственного взаимодействия, в том числе учитывающих индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Внедрение новых подходов в практику социальной работы с инвалидами основано на идее оказания им помощи, создания благоприятных и безопасных условий жизнедеятельности, а также поддерживающей среды для самой семьи, воспитывающей ребенка-инвалида.

11. Создание и внедрение программы патронажа семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, со стороны служб социального сопровождения, предоставления услуг временного помещения ребенка-инвалида в замещающую семью.

12. Создание условий для социализации детей с ограниченными возможностями здоровья с внедрением их в среду здоровых сверстников и обеспечением их участия в культурной и спортивной жизни и других массовых мероприятиях; разработка и реализация программы отдыха и оздоровления детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей; создание системы творческой реабилитации, вовлечение детей с ограниченными возможностями здоровья в занятия физкультурой и спортом. Разработка мер, позволяющих приравнять деятельность по уходу за ребенком-инвалидом одного из родителей (единственного родителя) к трудовой деятельности.

13. Организация системы подготовки и переподготовки специалистов для работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья на базе образовательных учреждений высшего профессионального образования.

14. Проведение просветительской деятельности среди населения, способствующей пониманию необходимости поддержки семей, имеющих детей с ограниченными возможностями, а также пропаганде социальной значимости ответственного родительства.

Таким образом, проблема социальной адаптации детей с ограниченными возможностями к условиям жизни в обществе является одной из важнейших граней общей интеграционной проблемы. В последнее время этот вопрос приобретает дополнительную важность и остроту в связи с большими изменениями в подходах к проблеме инвалидности. Несмотря на это, процесс адаптации этой категории граждан к основам жизнедеятельности общества остаётся практически неизученным, а именно он решающим образом определяет всю эффективность тех коррекционных мероприятий, которые предпринимают специалисты, работающие с инвалидами. Поэтому усилия должны быть направлены на социальную реабилитацию семьи, а, с другой стороны, на создание условий для поддержания инициативы самой семьи в реабилитации ребенка с ограниченными возможностями. Именно в семье формируется та социальная роль, которую он будет демонстрировать, а это может быть роль больного, роль здорового (ведущая к отрицанию факта своей инвалидности). С психологической точки зрения только в семье может быть выработана единственно правильная установка – адекватно рассматривать умственное или физическое отклонение в развитии ребенка, оказывает ему помощь в компенсации ограничений. Для оказания помощи детям и их семьям, необходимо поддержать индивидуальное и семейное развитие, защитить права всех членов семьи. Помощь максимально возможно должна оказываться в естественном окружении ребенка, то есть не в изолированном учреждении, а по месту жительства, в семье. Работа в данном направлении – забота не только специалистов органов здравоохранения, образования, системы социальной защиты населения. Сами родители, общественные организации и объединения должны воспитывать в обществе стремление морально поддерживать семьи, имеющие ребёнка с недостатками развития, делать все для лучшего понимания их проблем, способствовать устранению всех препятствий, мешающих успешному социальному развитию, обучению, социальной адаптации и интеграции ребенка-инвалида.

Вопросы:

1. К каким семьям применим термин «многодетные»?
2. Перечислите основные проблемы многодетной семьи. Дайте их краткую характеристику.

3. Каким основным законом регламентируется оказание социальной помощи и поддержки многодетным семьям в РФ?
4. Какие меры государственной социальной защиты предусмотрены для многодетных семей в РФ?
5. Какую семью называют «неполной»? Почему?
6. Какие виды неполных семей Вы можете назвать? Дайте им краткую характеристику.
7. Какие специфические проблемы существуют в неполных семьях? Чем они обусловлены? Почему?
8. Какие технологии социальной работы наиболее востребованы при взаимодействии специалистов с членами неполных семей?
9. Что означает понятие «бедность»?
10. Какие виды бедности существуют? Почему работающий человек может быть бедным?
11. Чем отличается «прожиточный минимум» от «потребительской корзины»?
12. Какие технологии социальной работы наиболее эффективны с низкоресурсными семьями?
13. В чем состоит суть социального контракта?
14. Есть ли различие в употреблении терминологии «инвалид» и «лицо с ограниченными возможностями здоровья»? Почему?
15. Какие основания существуют для определения инвалидности? Какая организация может дать статус «инвалид»?
16. Объясните разницу между терминами «дети-инвалиды» и «дети, с ограниченными возможностями здоровья».
17. Какие группы здоровья существуют у детей с ОВЗ?
18. Какие социальные гарантии имеют семьи, воспитывающие детей с ОВЗ в РФ?